



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE NEIGHBORHOOD PLACE PARA CEDER INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, estoy intentando obtener servicios de Neighborhood Place para mí mismo, mi familia, mi hijo(a) (marque todos lo que fueran aplicables). Al firmar este formulario, estoy otorgando al personal de Neighborhood Place permiso para comunicarse con respecto a aquellos servicios que se me ofrecen a mí y/o a mi familia. Entiendo que todos los expedientes e información relacionados con dichos servicios serán protegidos por reglamentos que rigen el intercambio de información confidencial. Asimismo entiendo que dichos servicios podrían incluir una evaluación de nuestras necesidades y el desarrollo de un plan de servicios para satisfacer dichas necesidades.

Se entiende que al autorizar que se entregue tal información, esta se usará con el único y exclusivo propósito de mejorar los servicios que me proporcionan a mí, a mi familia y a mi hijo(a), y para evitar duplicación entre organizaciones. La cesión de dicha información estará limitada al personal de Neighborhood Place y dentro de esas organizaciones, y no será cedida a nadie más sin mi consentimiento escrito.

Las organizaciones que aparecen a continuación tienen mi consentimiento escrito para compartir información de índole confidencial, a menos que yo hubiere indicado lo contrario al poner mis iniciales sobre la línea contigua a aquellas organizaciones que yo desee excluir.

### Proveedores gubernamentales o proveedores particulares sin fines de lucro

**Por favor ponga sus iniciales sobre la línea contigua a aquellas organizaciones que usted desee que queden excluidas. Anote organizaciones adicionales que usted desee incluir.**

_____ Gabinete de Ky. para Familias y Niños – División de Protección y Permanencia	_____ Escuelas Públicas del Condado de Jefferson
_____ Gabinete de Ky. para Familias y Niños – División de Manutención Familiar	_____ Ciudad de Louisville – Departamento de Vecindades
_____ Servicios Humanos del Condado de Jefferson	_____ Seven Counties Services Inc.
_____ Departamento de Salud del Condado de Jefferson	_____ Otras: _____ _____

**(Por favor ponga sus iniciales sobre la línea contigua a la información que usted desee que quede excluida de esta autorización. Por favor anote la información que usted desee que se agregue a esta autorización.)**

_____ Nombre completo y otra identificación propia, de mi familia o de mi hijo(a)	_____ Expedientes médicos e información relacionada con un historial médico y condiciones mentales o físicas, servicios prestados y tratamientos administrados
_____ Expedientes relacionados con procesos de un tribunal de menores, incluyendo detenciones/juicios	_____ Registros médicos e información relacionada con la salud mental.
_____ Historial social y educativo, así como observaciones al respecto	_____ Registros HANDS
_____ Expedientes relacionados con procesos de dependencia en un tribunal de menores	_____ Otra: _____ _____
_____ Planes de tratamiento, servicio o educación _____	
_____ Recomendaciones a otros proveedores _____	

**He leído y entiendo el contenido de este formulario; he recibido una copia y acepto sus disposiciones con la excepción de cualquier partida arriba a la que yo hubiere puesto mis iniciales.**

**Esta autorización para recibir servicios de las organizaciones arriba mencionadas y para compartir información confidencial deberá permanecer en vigencia durante un período de doce (12) meses. Entiendo que puedo revocar esta cesión en cualquier momento si así lo solicito por escrito, pero entiendo que mis registros podrían haber sido cedidos y re-cedidos por terceros antes de la revocación de este consentimiento.**

_____ Firma por sí mismo o por los niños	_____ Fecha	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
--	-------------	-------------------------	-------------

Padres/Tutor (por favor anote los nombres de los niños)

ESTE DOCUMENTO NO AUTORIZA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN PERTINENTE A UN HISTORIAL DE TRATAMIENTO POR DROGADICCIÓN/ALCOHOLISMO, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y/O CONDICIÓN RESPECTO AL VIH. DE CONFORMIDAD CON LA LEY FEDERAL, LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SE PODRÁ ENTREGAR SIN SU AUTORIZACIÓN PARA EFECTOS DE TRATAMIENTO, PAGOS Y OPERACIONES DE ATENCIÓN DE SALUD. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA ACATAR LAS LEYES QUE OBLIGAN REPORTAR SOSPECHAS DE MALTRATO O DESCUIDO, O EVALUACIÓN DE QUE EXISTE UN PELIGRO DE CAUSARSE DAÑOS GRAVES A SÍ MISMO O A OTROS.